

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°
154

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Janvier 1898, à 1 heure

Par Léon ANGOT

Né à Sainte-Gemmes-le-Robert (Mayenne), le 18 juin 1872

ÉTUDE
SUR LE SCLÉRÈME
DES
Nouveau-nés

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : { MM. JACCOUD, professeur.
MARFAN ET ACHARD, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15. Rue Racine 15



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552025_0022

Année 1898

— THÈSE —

N°

— 134 —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Janvier 1898, à 1 heure

Par Léon ANGOT

Né à Sainte-Gemmes-le-Robert (Mayenne), le 18 juin 1872

ÉTUDE SUR LE SCLÉRÈME

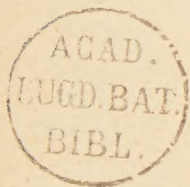
DES

Nouveau-nés

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges : { MM. JACCOUD, professeur.
MARFAN ET ACHARD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière Médicale.	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENNE.
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JOFFROY.
Clinique ophtalmologique	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	TILLAUX.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ACHARD.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERRY.
ALBARRAN.	GILLES DE LA	NELATON.	THOINOT.
ANDRE.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BAR.	GLEYS.	POIRIER, chef	VARNIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	des travaux	WALTHER.
BROCA.	HEIM.	anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RETERRE.	WIDAL.
CHASSEVENT.	LETULLE.	RICARD.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père, et à ma Mère.

A mes Frères.

A ma Tante.

A mon Oncle, le D^r Esnaud.

Meis et Amicis.

A mes Maîtres de l'École de Médecine de Rennes.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

M. LE PROFESSEUR HUTINEL,

Chevalier de la Légion d'Honneur,
Médecin des hôpitaux.

ÉTUDE SUR LE SCLÉRÈME DES NOUVEAU-NÉS

INTRODUCTION

Pendant que nous suivions le service d'accouchements à l'Hôtel-Dieu de Rennes, il nous a été donné d'observer 3 cas de sclérème chez les nouveau-nés ; deux se sont présentés presque simultanément. Cette affection étant rare actuellement, M. le Professeur Perret en profitait pour nous faire une clinique orale et nous faire part des travaux qu'il avait établis, lors de son internat à la Maternité de Paris, 1864. Dès ce jour, nous avons pensé à faire de ce sujet notre thèse inaugurale, et nous avons recueilli les observations des malades.

Nous avons passé en revue tous les auteurs qui ont traité cette question et nous nous sommes rendu compte qu'après une période de discussion et de confu-

sion, on était arrivé à fournir du sclérème une description complète. Nous traiterons ici, aussi complètement que possible, tout ce qui a rapport avec l'historique, l'étiologie, les symptômes, le diagnostic et le traitement de l'affection.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous avons un devoir à remplir, c'est celui de remercier tous ceux qui, dans le cours de nos études médicales, ont contribué à nous faciliter le chemin du doctorat.

Que MM. les Professeurs Delacour, Aubrée, Perret et Dayot reçoivent l'expression de notre reconnaissance et de notre attachement.

Nous remercions particulièrement M. le Professeur Lhuissier, qui voulut bien nous admettre dans son laboratoire comme aide d'anatomie, et Bruté de Rémur, dont les cliniques nous ont familiarisé avec les affections oculaires.

Nous ne saurions également rendre trop grand hommage à la mémoire du Professeur Tarnier, chez lequel nous avons fait notre stage d'accouchements. Nous n'oublierons jamais ses conseils pratiques qui nous ont facilité l'étude de l'obstétrique.

M. le Professeur Hutinel nous a fait le plus grand honneur en daignant accepter la présidence de notre thèse ; qu'il nous permette de lui exprimer notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous fait.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

Le sclérème des nouveau-nés est une affection caractérisée par une induration des téguments et de la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée : induration qui peut être généralisée à toute la surface du corps, mais qui est le plus souvent localisée aux extrémités, aux membres.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Nous ne trouvons avant 1718 aucun travail, aucun indice, pouvant permettre de supposer l'observation du sclérème. C'est seulement dans le courant de cette année là, qu'un premier fait est signalé par Uzemberzius d'Ulm et publié par lui dans les « Ephémérides des curieux de la nature ». Il parle d'un nouveau-né qui, dès sa naissance, était rigide et froid depuis la tête jusqu'aux pieds, ce qui le rendait « si dur et si sec » qu'il ressemblait à un morceau de viande desséchée à la fumée.

De 1718 à 1777 aucun fait nouveau n'y est apporté ; en 1778 Underwood, chirurgien anglais, attaché à l'hôpital des femmes en couches de Londres, fut frappé de l'état spécial dans lequel certains nouveau-nés de son service, se trouvaient, il en profite pour établir la différence entre l'œdème et le sclérème. Au sclérème il reconnaît un caractère endémique, assertion qu'il mit ensuite en doute en accusant les mauvais soins et les mauvaises conditions dans lesquelles les enfants se trouvaient comme ayant pu déterminer la maladie.

En 1788, Andry, connaissant les travaux de son collègue anglais, fait des recherches dans son service et publie un mémoire sur l'endurcissement du tissu cellulaire des nouveau-nés dans un bulletin de la Société royale de médecine. Il rétablit la confusion entre œdème et sclérème.

Underwood répondit qu'il ne voyait dans les faits pu-

bliés que des cas analogues aux siens et les attribuait au climat et au séjour dans les hôpitaux.

La Société Royale de Médecine met alors au concours la question de « l'endurcissement du tissu cellulaire des nouveau-nés ».

Trois auteurs répondent à l'appel de la Société et envoient chacun un mémoire ; deux seulement sont à noter, celui de Auvity et celui de Hulme de Londres ; le premier seul fut récompensé.

Nous ne trouvons, dans aucun des deux, des faits prouvant que ordème et sclérème sont deux choses différentes ; ils ne voient qu'une seule et même maladie due à la congélation du tissu cellulaire sous-cutané, consécutive à la réfrigération considérable du nouveau-né.

En l'an VII, Chambon suit les mêmes idées et ne fournit aucun renseignement nouveau, dans son traité des maladies de l'enfance. De même Trocon en 1814, Barbeaux et Genay en 1822, Léger, 1824.

Denis de Commercy distingue dans sa thèse inaugurale un endurcissement séreux et un endurcissement adipeux ou concret ; mais l'auteur ne tire pas parti de ces points de vue exacts et laisse la question sans solution nette. Billard en 1837 fait la distinction du sclérème et lui reconnaît des caractères propres. Valleix, 1848, adopte les mêmes idées ainsi que celles de Underwood.

En 1856, Legroux publie, dans la Gazette des Hôpitaux, des considérations sur la nature du sclérème ; il attribue à cette maladie une origine spéciale ; c'est une asphyxie syncopale due à l'inertie musculaire. Il inspire la thèse de Phelipeaux, 1857.

Avec Bouchut, nous voyons la confusion augmenter ; il divise le sclérème en deux variétés : l'une simple et l'autre œdémateuse. Il néglige de décrire chacune à part et n'établit qu'une seule chose, c'est l'analogie avec la sclérodermie des adultes. Hennig, en Allemagne, admet que quelquefois la peau peut acquérir une dureté et une immobilité qui n'appartiennent jamais à l'infiltration de sérosité dans le tissu cellulaire. En 1873, Clémentowsky de Moscou distingue œdème et sclérème, mais assigne à tort à l'endurcissement œdémateux et adipeux les caractères de l'érysipèle : ces maladies diffèrent pourtant notablement l'une de l'autre, comme nous le verrons au diagnostic.

A partir de 1877 nous voyons paraître une série de travaux dans lesquels le sclérème est nettement reconnu avec ses symptômes. C'est Parrot qui débute et étudie à fond la question, il la décrit de main de maître ; nous aurons plusieurs fois l'occasion de recourir à ces travaux. Il fait de la maladie une complication de l'athrepsie. Depaul et Letulle confirment son opinion

Baginsky, Despine et Picot, Comby, Descroizilles, mettent la discussion au net, ils reconnaissent que le sclérème peut exister sans athrepsie et que l'athrepsie existe sans sclérème. Miras dans sa thèse confirme l'opinion de ses maîtres.

Comme nous le voyons, le sclérème a occasionné de la part d'observateurs sérieux bien des discussions et des débats, aujourd'hui tous sont d'accord pour reconnaître à cette maladie des symptômes particuliers et caractéristiques, ce qui en facilite le diagnostic.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

Uzembeziërs de Ulm, 1718, attribuait l'état de son malade à la contemplation des statues dans les églises que sa mère fréquentait, et exprimait son opinion en disant que « la mère avait eu un regard ». Underwood et Denmann, font entrer en ligne les troubles persistants des fonctions digestives et pour eux le sclérème n'est que la dernière période d'une maladie intestinale obstinée. Léger en 1825 accuse la brièveté relative de l'intestin qui aurait trois pieds de moins « chez les enfants durs ». Pour Denis c'est la conséquence d'une irritation gastro-intestinale.

Billard ne voit qu'une seule chose, un phénomène cadavérique suite d'asphyxie lente et d'agonie, dans ces conditions le tissu adipeux deviendrait plus solide par le fait du refroidissement de l'enfant avant la mort et surtout après l'exposition sur la table d'amphitéâtre.

Hennig fait intervenir l'action du froid. A partir de ce moment on entre dans la connaissance exacte des causes du sclérème.

Le sclérème est une maladie actuellement rare, surtout

depuis l'existence de la couveuse. On ne trouve que peu d'observations dans les maternités. Jusqu'en 1889, à la clinique de la rue d'Assas, on en notait cinq seulement. A la maternité de Rennes où nous avons fait nos recherches nous ne trouvons en l'année 1896 qu'un cas sur 258 naissances. Cette année même sur 261 accouchements nous n'en recueillons que 2. En somme la proportion est faible, entre 0,5 0/0 et 0,8 0/0 environ.

Le sexe influe peu, toutefois les garçons sont plus prédisposés à la maladie, c'est probablement dû à leur plus grand nombre. Sur 75 cas, on a remarqué 39 garçons et 36 filles; de notre côté, 2 enfants masculins ont été atteints sur 3 malades.

L'âge entre pour une plus large part et nous voyons que les prématurés sont plus exposés que ceux qui viennent à terme. Chez les prématurés, nous avons un certain degré de misère physiologique; de plus, chez eux, « la perte de chaleur considérable, la pression cardiaque extrêmement faible et le sang très aqueux les prédispose aussi bien au sclérœdème qu'au sclérème proprement dit » : telle est l'opinion de Berthold. On a observé des cas où le début du sclérème correspondait avec la naissance, cela avait autorisé Billard et Suklin à donner à l'affection une origine congénitale. Jusqu'au sixième mois le médecin aura à craindre l'apparition du sclérème, et Knopfmacher assure que, passé ce temps, rien ne se montrera.

Les saisons humides et froides influent beaucoup et Billard, dans sa statistique en 1826, sur 177 cas, trouvait :

Janvier	15	Juillet	4
Février	15	Août	14
Mars	16	Septembre	10
Avril	10	Octobre	16
Mai	22	Novembre	22
Juin	3	Décembre	15

L'hiver est donc plus nuisible ; nos observations II et III sont de janvier et février.

Les mauvaises conditions hygiéniques tant au point de vue de l'air que de l'alimentation peuvent être, à bon droit, incriminées.

La constitution individuelle doit aussi intervenir. On peut voir des enfants nés de parents tuberculeux, présenter « des phénomènes d'anémie, de dénutrition, d'amaigrissement, de détérioration organique » (Martel) sur lesquels le froid pourra déterminer facilement la solidification graisseuse. Il est, en effet, des enfants nés avant terme qui s'élèvent bien, leur mère étant bien portante. C'est surtout l'azoturie qui provoque des troubles chez eux. Les cellules ne retiennent rien, ne fixent aucun des éléments nécessaires à la vie végétative, d'où mauvais aspect et prédisposition à diverses maladies. Le foie, le rein deviennent insuffisants et incapables d'arrêter et de détruire, d'éliminer les poisons organiques.

L'oxygène absorbé diminue et l'acide carbonique exhalé augmente ; toutes ces conditions diminuent la vitalité de l'être infecté et facilitent l'accès aux malaises.

Les causes déterminantes ont été décrites en assez grand nombre, depuis le regard de la mère jusqu'à l'action tan-nante des eaux de l'amnios. Baginsky accuse les agents

infectieux surtout pour les troubles qu'ils produisent dans les petits vaisseaux. Parrot en fait une conséquence de l'athrepsie et le résultat de la dessiccation des tissus tégumentaires, consécutive aux déperditions aqueuses des selles diarrhéiques et de l'insuffisance du travail réparateur, entrave faite de matériaux nutritifs annulés. Nous savons aujourd'hui que le sclérème existe seul et indépendant de tout autre état pathologique : il lui faut donc une cause déterminante.

Tout le monde s'accorde pour reconnaître à la réfrigération du nouveau-né, la cause principale du sclérème. Cette réfrigération amène la coagulation de la graisse dans le tissu cellulaire d'où consécutivement une production de rigidité et de dureté de la peau. Sous l'influence de la faiblesse congénitale et du développement incomplet du poumon, la respiration se fait mal, de là gêne circulatoire et diminution de la chaleur animale, phénomènes qui se traduisent par la coagulation du tissu graisseux sous-cutané.

Des recherches ont été faites sur la nature de la graisse des enfants et celle des adultes, Langer, le premier, s'y est employé et Baginsky relate, dans son Traité des maladies des enfants, les résultats de l'analyse.

	Nouveau-nés.	Adultes
Acide palmique	28.97	8.16
Acide stéarique	6.28	2.04
Acides gras	66.75	89.90

On conclut de là que le point de fusion chez l'enfant nouveau-né est plus élevé que celui de l'adulte, il en ré-

sulte pour le premier une grande sensibilité au froid, la solidification grasseuse et le sclérème.

Le professeur Tarnier s'est rattaché à cette théorie de l'action du froid. Miller attribue à cette richesse des prématurés en acides gras une action nocive sur les globules rouges sanguins qu'ils détruisent : d'où il résulte une entrave à la nutrition des muscles et des nerfs, ce qui détermine un abaissement de température et une action nuisible sur le cœur. Knopfmacher a voulu également élucider la question de la pathogénie du sclérème et a procédé à l'analyse de graisses de nourrissons. Il a trouvé dans cette graisse 43 0/0 d'acide oléique et dans celle des adultes 63 0/0. Il conclut de là que plus la graisse est riche en acide oléique et moins elle durcit sous l'influence de l'abaissement de la température, aussi l'adiposclérème déjà rare après deux mois, ne s'observe plus après le sixième. Les régions plus riches en acide oléique sont la paume des mains et la plante des pieds, aussi ces parties ne sont pas atteintes dans le sclérème.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Le sclérème débute généralement par les extrémités inférieures et les premières régions atteintes sont les mollets. A ce niveau en effet nous observons les premières plaques indurées dont la propagation se fera de bas en haut, elles se trouvent des deux côtés et sont par conséquent symétriques. D'autres lieux d'élection sont indiqués, ce sont les parties déclives en général. West a parlé de la face, mais cette dernière est toujours prise en dernier lieu. Les plaques dures bien limitées peuvent se généraliser, elles envahissent alors les cuisses, remontent vers les lombes, le thorax, le cou. Les membres supérieurs ne sont pas épargnés. Il est à noter que seules deux régions sont principalement épargnées : elles correspondent à la paume de la main et à la plante des pieds, nous avons vu pourquoi, quand nous avons parlé de l'analyse des graisses. Cette prise en masse du corps détermine une extension permanente des membres, les articulations semblent nettement ankylosées. On a en un mot l'aspect de la rigidité cadavérique.

La face est-elle envahie, nous voyons la bouche se fermer grâce à l'endurcissement des lèvres, des joues et des muscles situés dans ces parties. La succion et la déglutition sont devenues impossibles. Le facies rappelle celui du trismus. L'enfant est complètement immobile, aussi Dugès, Trousseau et Parrot disent que l'on peut alors le soulever et le mettre en équilibre sur le bord radial de la main placée sous le dos, comme on ferait avec un morceau de bois ou de marbre.

La peau, à la seule inspection des yeux, prend un aspect lisse et uni. Sa couleur est variable et les observateurs ont souvent émis des opinions différentes ; le plus souvent elle est rouge foncé avec taches violacées et claires. Undeswood, Billard, Valleix, Clementowski ont observé une nuance blanc jaunâtre, Parrot une teinte légèrement bleuâtre et livide, Denmann l'aspect de la cire vierge. De notre côté nous avons vérifié sur notre premier malade une coloration jaune orangé avec taches plus foncées, rouge brun, quelques-unes violettes.

Si nous touchons cette peau, nous ressentons immédiatement une première chose, nous sommes frappés du peu de chaleur, on croit avoir affaire à un corps sans vie : nous reviendrons plus loin sur cette température anormale. Un palper plus approfondi, nous montre cette surface comme immobilisée, rigide. — c'est la sensation « d'un cuir épais » (Parrot). La souplesse et l'élasticité ont fait place à une résistance fibreuse. Par le pincement, il est impossible de faire des plis, la peau paraît collée aux tissus sous-jacents, elle ne glisse pas sur les parties profondes et semble intimement unie avec elles. Les chairs ont

pris une consistance analogue à celle du bois ou du suif figé.

Le cœur bat régulièrement mais le nombre des contractions est diminué. Ce ralentissement est notable et le pouls peut descendre à 80, 60 et même 30. Il résulte d'un pareil état un abaissement de température, que nous conseillons de vérifier en plaçant le thermomètre dans le rectum du malade, en agissant de cette façon nous avons toujours des indications comparables et nettes. Roger a noté 1 cas où cette baisse était arrivée à 22° et 7 cas oscillant entre 25° et 26°, 19 cas au-dessous de 33°. Parrot a observé aussi 1 cas à 22°. On peut avoir des oscillations et au moment de la mort obtenir une élévation subite, fait relevé par Roger.

La respiration subit également l'influence du sclérème, elle se ralentit et peut tomber à 16, 8, 2, inspirations par minute; dans ce cas nous avons toujours à craindre une issue fatale. Le petit malade pousse des cris, mais ils sont moins fréquents, ils revêtent souvent un caractère spécial d'anxiété qui a permis de leur donner le nom de « cris de détresse ». Vers la fin de la maladie ils sont presque continus, c'est en quelque sorte un gémissement perpétuel.

La sensibilité des parties atteintes est généralement conservée intacte.

Les urines de l'enfant, normalement claires et assez abondantes, sont diminuées, leur odeur est fade, la coloration foncée et la densité exagérée. Ces urines contiennent des sédiments nombreux formés surtout d'acide urique et durates. Leur abondance est en rapport avec l'abaisse-

ment de la température, ils peuvent même se déposer au niveau du méat urinaire et du prépuce où la vue suffit à les déceler.

Le poids de l'enfant diminue également, puisque la désassimilation l'emporte sur l'assimilation.

Des complications nombreuses peuvent survenir dans le cours du sclérème, et souvent presque tous les appareils divers de l'organisme y prennent part.

Du côté de l'appareil respiratoire, nous avons la broncho-pneumonie, complication terrible amenant généralement la mort. L'appareil digestif offre le muguet que l'on soupçonne en entendant les cris violents et tenaces à timbre aigu, que pousse l'enfant. Les entérites aiguës, l'athrepsie viennent se greffer à leur tour et aggraver la situation. L'assoupissement, le coma, des convulsions toniques ou cloniques, auxquelles Underwood refuse l'extension aux extrémités, indiquent que le système nerveux est atteint à son tour.

Jusqu'ici nous avons parlé de sclérème comme unique maladie, il faut aussi le signaler comme intervenant, à titre de complication, dans certaines affections de l'enfance.

Parrot l'a décrit comme venant aggraver l'athrepsie, pourtant dans cette dernière le sclérème est assez rare et il est plus fréquent de le voir dans les cas d'infections gastro-intestinales aiguës. Lesage, 1889, l'a observé à la fin du choléra infantile, dans ce cas il apparaît rapidement surtout à la période algide et son origine doit être rattachée à la soustraction de l'élément aqueux et à la baisse de la température consécutive. On l'a vu survenir également au cours du muguet et de l'érysipèle.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les lésions portent principalement du côté de la peau, aussi nous les décrirons aussi complètement que possible, et nous noterons ensuite ce que l'on peut observer dans les viscères.

I. — *Lésions cutanées.*

Dans sa clinique sur l'athrepsie, Parrot a décrit de main de maître ces lésions ; nous ne saurions ici manquer de les rappeler.

Macroscopiquement : La peau est dure, pâle, souvent sillonnée de plaques rouges, où tachetée d'ecchymoses principalement aux parties déclives. Si au scalpel nous faisons une incision, nous trouvons une surface de section nette et sèche ; aucun exsudat ne s'en échappe. Underwood avait noté cet état et n'avait trouvé aucune trace de liquide ni dans la peau, ni dans le tissu cellulaire sous-cutané. La paroi est diminuée d'épaisseur.

L'histologie pathologique nous montre à quoi est due cette diminution.

La couche de Malpighi n'a plus son épaisseur normale ; la lame cornée seule intacte paraît plus épaisse qu'à l'ordinaire. Les cellules sont visibles et forment une masse, un tout à limites mal déterminées.

Le pannicule adipeux présente des traînées conjonctives d'une importance considérable, ces traînées sont mambrées et épaisses. Les îlots graisseux sont allongés et amoindris, surtout dans le voisinage du derme. Les vésicules sont moins grosses et le noyau est visible. Il y a donc eu résorption de la graisse.

Les cellules par suite de métamorphoses ne se reconnaissent que très difficilement, elles sont très rapprochées les unes des autres et revêtent une forme sphéroïde ou allongée. Les substances colorantes, surtout le carmin, les colorent en rouge, le protoplasma est **granuleux**.

Les vaisseaux sont revenus sur eux-mêmes et leur lumière a disparu, cet état se voit surtout dans ceux qui appartiennent au corps papillaire.

De tout cela il résulte un tassement, une dessiccation, une atrophie des couches.

II. — *Lésions viscérales.*

C'est principalement du côté des reins que nous trouvons des lésions : elles ont été signalées en 1864 par M. Perret ; Parrot en 1872 a fait une notice sur elles et l'a publiée dans l'union médicale ; nous résumerons son travail.

A la coupe on voit une série d'aigrettes d'un beau jaune

d'or qui, du sommet des papilles vont s'étendre jusqu'à la périphérie. Elles sont formées de rayons d'inégale longueur, ayant la direction des tubes de Bellini et les suivant jusque dans leurs ramifications. L'étendue de cette coloration anormale et son intensité sont très variables. Tandis que chez certains sujets on voit difficilement quelques striés jaunâtres, il en est d'autres où tout est jaune, surtout au sommet des papilles.

A la pression on voit sourdre un liquide trouble que l'on a comparé à de l'eau dans laquelle on aurait délayé du pollen. Cette matière colorante se retrouve dans la vessie et souvent au niveau du prépuce.

Au microscope, on voit que les tubes de Bellini sont remplis d'une substance opaque et d'un brun noir, inégalement distribuée, ayant l'apparence de cylindres fracturés en de nombreux endroits. Cette matière est contenue dans les tubes et n'envahit pas l'intérieur des cellules.

Bien des hypothèses ont été avancées sur la nature de ce dépôt ; c'est en 1864 que M. Perret présentait à la Société anatomique les deux reins d'un nouveau-né, mort trois jours après la naissance ; on y observait les concrétions urinaires et l'examen chimique avait permis à cet observateur de déceler leur nature d'urate de soude. Pour s'en convaincre en effet, il suffit d'y ajouter de l'acide sulfurique et presque aussitôt on voit se former des cristaux d'acide urique et le sulfate de soude reste en solution.

Ces infarctus de nature uratique sont dus à la perte considérable du liquide sanguin, surtout du sérum, et l'eau, qui passe dans le rein, n'étant plus suffisante pour

assurer la solubilité du sel, il en résulte son dépôt; Berthold, dans sa thèse sur les enfants avant terme, les attribue à l'hypothermie et à l'insuffisance de la respiration, des oxydations, à la lenteur de la circulation rénale en rapport avec le peu de vigueur du muscle cardiaque. De là il conclut aux lésions cutanées car « la peau ne peut plus suppléer à l'insuffisance rénale ».

Parrot, concluait qu'« il n'y a pas lieu d'instituer un traitement contre ces dépôts uratiques des subuli » et ajoutait que le clinicien doit mettre tout son savoir « à combattre la maladie dont ils ne sont que l'un des effets. »

Le cerveau est généralement congestionné, Clémentowsky a noté un cas dans lequel on voyait une hyperémie intense d'un rouge foncé de la substance corticale des hémisphères. Le tissu cérébral et les méninges sont quelquefois gorgés sang. On peut avoir aussi un épanchement séreux dans les plèvres et le péricarde. Hervieux, dans la Gazette hebdomadaire, 1863, page 489, a décrit l'œdème du poulmon et la congestion de la base avec foyers apoplectiques. West indique que l'on trouve fréquemment l'atélectasie. Le cœur est en dégénérescence graisseuse, ainsi que le foie. Le péricarde présente quelques suffusions sanguines et un léger épanchement séreux,

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Malgré les symptômes nets et précis qui permettent de caractériser le sclérème, il est quelquefois difficile de le reconnaître. La confusion est possible surtout quand il s'agit de l'érysipèle ou de l'œdème des nouveau-nés.

I. — *Erysipèle et Sclérème.*

Clémentowsky de Moscou a confondu ces deux états pathologiques et les prenait l'un pour l'autre. Ce rapprochement n'est cependant pas facile à établir ; nous avons du côté de l'érysipèle de la fièvre, tandis que le sclérème nous donne l'hypothermie, le streptocoque accélère le pouls et le sclérème le ralentit. La douleur et le liseré qui entoure la plaque erysipélateuse, empêchent de mettre sur la région sclérémateuse des caractères semblables.

II. — *Œdème et Sclérème.*

Ici la possibilité d'une erreur serait compréhensible : mais avec l'aide du D^r La Tribouille et du D^r Semet nous établirons la différence.

L'œdème et le sclérème siègent dans la même région et le même système de l'appareil cutané ; le derme. Toutefois, dans l'œdème nous avons la mobilité sur les parties profondes, ce qu'il est impossible d'obtenir avec les plaques du sclérème ; chez l'enfant, dans ce dernier cas nous voyons la peau, les muscles ne faire qu'une seule et même chose. Prenons cette peau entre les doigts et cherchons ce que l'on obtiendra par le pincement ; l'œdème nous donnera quelquefois difficilement, mais constamment un godet ; tandis que le sclérème y opposera un obstacle insurmontable. L'aspect cadavérique du nouveau-né en état de sclérème frappe l'œil : rien n'attire l'attention quand on regarde un œdémateux.

Dans le sclérème on assiste à la généralisation des lésions ; non, dans l'œdème. La propagation se fait-elle dans ce dernier cas, elle ira de haut en bas, tandis que dans le sclérème elle va de bas en haut. Nous arrivons ainsi à conclure que l'œdème gonfle et que le sclérème resserre.

Dans une clinique orale à la clinique d'accouchements M. Demelin disait : « Nous remarquerons, que chez le nouveau-né, dans les premiers jours de la vie, on observe assez souvent sur un membre atteint d'œdème cyanotique ou asphyxique des plaques dures de sclérème ». Avec ce qui a été dit précédemment nous saurons faire la différence. En général la vue et le toucher suffisent pour faire écarter toute erreur de diagnostic.

CHAPITRE VII

MARCHE. — DURÉE

Le sclérème, nous l'avons vu, survient soit dans les jours qui suivent la naissance, soit après un espace de temps assez étendu mais qui ne dépasse guère le deuxième ou troisième mois ; jamais après le sixième. Denmann lui donne une durée de sept à huit jours ; Trousseau et Parrot, deux jours et plus ; Clémentowsky, quatre à cinq. Léger veut que plus la maladie se rapproche de la naissance et moins elle dure. En général le sclérème évolue assez rapidement, si on n'a le soin de lui opposer un traitement énergique et curatif. Quand l'amélioration survient, les plaques diminuent la circulation et la respiration se rétablissent peu à peu et reprennent leur aspect normal : on a vu l'amélioration survenir mais pour annoncer la fin, dans ce cas c'est une complication qui est intervenue.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

En général, le pronostic est grave et l'issue fatale toujours à craindre : principalement lorsque l'hypothermie s'accuse et s'exagère de plus en plus. Chez des enfants, d'aspect physique satisfaisant, jouissant d'un entourage attentif et précautionné, on pourra compter sur la guérison que la couveuse et les bons soins hygiéniques suffiront à assurer. Si l'aspect est mauvais, si les soins manquent, un pronostic fâcheux sera certain et la mort s'ensuivra.

Les complications sont toujours terribles et les cas de mort peuvent leur être imputés à bon droit, aussi devra-t-on s'efforcer de les prévenir.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Contre le sclérème, on a mis en pratique de nombreux modes de traitement et aujourd'hui nous pouvons dire que la thérapeutique de cette affection est connue et donne de bons résultats.

Andry, Auvity, Pelletan, avaient utilisé l'eau de sureau, de mauve, le sulfate de quinine, l'huile de foie de morue et les vapeurs de benjoin.

Trocon, Dugué et Denis de Commercy, Valleix, faisaient la saignée et appliquaient les sangsues et les vésicatoires. Parrot et Depaul ne faisaient rien et regardaient toute intervention comme inutile. Bouchut préconisait la potion suivante :

Eau de menthe	15 gr.
Eau de mélisse des Carmes	15 gr.
Lait	125 gr.

a donner par cuillerée à café, l'auteur conseillait même d'y ajouter du cognac ou un peu d'éther sulfurique.

Legroux pratiquait le massage des régions atteintes par le sclérème.

Actuellement le traitement employé répond aux indications fournies par le malade, nous avons en effet, de l'hypothermie due au froid, une nutrition défectueuse, souvent sous la dépendance d'une mauvaise alimentation. A ces trois indications nous opposons : la couveuse, les inhalations d'oxygène et l'allaitement artificiel, le gavage.

I. — *Couveuse.*

Le meilleur procédé pour fournir de la chaleur au nouveau-né, c'est l'emploi de la couveuse, telle que l'a décrite et fait construire le professeur Tarnier. Nous n'entrerons pas ici dans la description de cet appareil que tout le monde connaît, non seulement pour l'avoir vu, mais aussi pour en avoir constaté les bons résultats. Nous conseillons d'agir de la façon suivante, c'est celle que nous avons vu utiliser.

Aussitôt la naissance et la toilette faite, l'enfant sera enveloppé dans de l'ouate ordinaire et ensuite déposé dans une couveuse dont la température pourra osciller entre 34° et 38°. L'enfant ne sera extrait de son nouveau berceau que pour les tétées ou les soins de propreté.

Ce procédé est d'une efficacité telle que Berthold dit « n'avoir jamais observé, ni trouvé relaté dans les observations antérieures aux siennes et dans celles qu'il avait sous les yeux, le développement du sclérème chez un prématuré mis dans la couveuse. » Cet appareil en effet est

« quasi spécifique contre le sclérème qui disparaît presque à vue d'œil », où du moins en un temps assez bref.

A la Maternité de Paris, cet observateur a noté, de 1882 à 1886, 69 cas de sclérème, sur lesquels il y a eu 62 guérisons obtenues. Sur les trois cas que nous avons observés à Rennes en 1896 et 1897, dans la clinique de M. le Professeur Perret, nous avons noté 2 guérisons. On peut donc dire que la couveuse est un moyen palliatif et curatif à la fois. Il est des cas toutefois où son usage seul est insuffisant et le clinicien doit avoir recours aux inhalations d'oxygène.

II. — *Inhalations d'oxygène.*

Elles ont été préconisées par M. Bonnaire, professeur agrégé à la Faculté de Paris. Dans les annales de gynécologie et d'obstétrique, cet auteur disait que l'emploi était surtout indiqué « dans les troubles de circulation interstitielle dont le sclérème des nouveau-nés prématurés est la plus commune des manifestations. » Mlle Landais, dans sa thèse, insiste et fait remarquer que l'emploi de l'oxygène ne saurait être recommandé qu'à titre d'adjoint : « Il est en effet, de règle presque absolue et des faits cliniques qui ne sont pas à compter le démontrent surabondamment, que le simple séjour dans la couveuse suffit à rendre aux tissus sclérémateux, dans un laps de temps très court, chaleur, activité et souplesse. Ce n'est donc que dans les cas les plus graves, où la débilité congénitale est portée à un tel point que le petit malade peut être considéré comme

voue à une mort certaine, qu'il est indiqué d'ajouter l'action vivifiante de l'oxygène à l'influence de la caléfaction artificielle ». D'ailleurs « pour faciliter l'hématose et aussi l'oxydation il est indiqué de pratiquer les inhalations d'oxygène dans le milieu chaud créé par la couveuse. »

D'après les expériences faites par elle, il résulte que :

1° « L'air renfermé dans la couveuse telle qu'on l'a employé jusqu'ici est plus pur que l'air ambiant. »

2° « Cet air est encore purifié par l'introduction d'une quantité minime d'oxygène pendant plusieurs heures consécutives ».

Ces inhalations sont faciles à pratiquer, il suffit de mettre le ballon de gaz en communication avec la couveuse, par un tube de caoutchouc, ce dernier sera, autant qu'il est possible, terminé par un ajutage en pomme d'arrosoir. L'extrémité du tube par laquelle l'oxygène se dégage doit être maintenu loin de la bouche de l'enfant. La quantité de gaz doit être environ 30 litres par 24 heures, on les donnera en trois fois, c'est-à-dire par 10 litres. L'écoulement en sera effectué dans l'espace de une heure à une heure et demie. Cette pratique donne d'excellents résultats et l'on pourra compter sur des succès certains.

III. — *Alimentation artificielle ; gavage.*

Il arrive que la mère, la seule qui doit assurer la vie à son enfant, ne peut remplir ses devoirs : que la cause en soit à la mauvaise conformation de ses seins, à l'état de santé dans lequel elle se trouve, ou encore à la quantité

insuffisante de la sécrétion glandulaire et à sa pauvreté en principes utilisables. Le médecin doit alors intervenir et prescrire l'usage du lait stérilisé. Ce lait sera donné à la cuiller, par petites doses et à intervalles réguliers ; et cela tant que les lésions n'auront pas produit de troubles du côté de l'orifice buccal. Ce lait sera, suivant les conseils pratiques de Tarnier et Budin additionné d'eau en proportion équivalente à l'âge du sujet traité ; jusqu'au 15^e jour ce sera 1 partie de lait pour 3 d'eau ; après on arrivera à diminuer cette dernière, au sixième mois le lait pur sera utilisé. La quantité variera entre 15 et 25 grammes ; la température sera égale à celle du lait maternel au sortir du sein, c'est-à-dire 35° à 36°8. Smester recommande de ne pas dépasser 37°, car les enfants protestent et le trouvent trop chaud ; il ajoute que maintenant on ne doit plus dire « lait tiède, mais lait à 36° ».

Si l'usage de la cuiller devient impossible on utilisera la sonde en caoutchouc rouge terminée par l'entonnoir du Dr Bailly, cette sonde sera introduite de préférence par la voie nasale et le lait chauffé à 36°, versé doucement dans l'estomac. On agira toutes les deux heures et on fera pénétrer ainsi chaque fois 25 à 30 grammes de lait.

Nous conseillons de donner, dix minutes après chaque prise, une cuillerée à café d'eau de chaux.

Nous terminons en parlant de l'observation de Garrod qui s'est contenté de frictions avec longuent mercuriel et de l'administration d'huile de foie de morue ; la guérison obtenue dans ce cas doit être attribuée probablement au bon état physique de l'enfant et à la situation aisée de ses parents.

Lorsque, dans le cours du sclérème il surviendra une complication : soit l'athrepsie soit une infection gastro-intestinale aiguë, on adjoindra le traitement spécial, à ces nouveaux états. On aura recours à l'acide lactique, aux lavages de l'estomac avec une solution bicarbonatée faible, aux lavages intestinaux avec l'eau boriquée ainsi que le conseille Lesage. On pourra aussi utiliser les injections de sérum artificiel (7 de chlorure de sodium pour 1000 d'eau stérilisée) injections que nous ferons dans les muscles fessiers 3 fois par jour, chaque dose étant de 10 grammes. Ce dernier moyen donne de bons résultats et s'emploie fréquemment dans le service de M. le professeur Hutinel à l'hôpital des enfants assistés.

CHAPITRE X

CONCLUSION

De tout ce qui précède nous concluons :

I. — Le sclérème est une maladie bien connue, rare aujourd'hui, survenant principalement chez les prématurés, dont le tissu adipeux se coagule sous l'action du froid contre lequel ils ne peuvent lutter avec succès.

II. — Le sclérème donne lieu à des manifestations et à des symptômes assez nets et précis pour permettre au clinicien de le diagnostiquer sûrement.

III. — Le sclérème existe seul ou à titre de complication dans le cours d'autres maladies; son pronostic, en général favorable, doit quelquefois être réservé.

IV. — Le meilleur traitement à lui opposer, c'est la couveuse, à laquelle on adjoindra les inhalations d'oxygène et le gavage.

VU :
Le Doyen
BROUARDEL.

VU :
Le Président de la Thèse,
HUTINEL.

VU :
et permis d'imprimer
Le Vice Recteur
de l'Académie de Paris.
M. GREARD.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

Service de M. Le Professeur Perret. — Maternité de Rennes.

La nommée Cha..., Marie, 28 ans, entre dans le service le 10 mars 1896. Elle est arrivée au huitième mois de sa grossesse et présente depuis le 28 février des symptômes qui révèlent une fièvre typhoïde légère; céphalalgie, épistaxis, température de 38°5; diarrhée et ballonnement du ventre. Cet état a provoqué les douleurs et depuis le 5 elle est en travail, la rupture de la poche des eaux remontant à cette dernière date. L'urine contient un peu d'albumine et des pigments biliaires.

L'interne du service, mon camarade Coupu, applique; le dilatateur Tarnier et termine l'accouchement le 13 mars, par l'emploi du forceps.

L'accouchée, jusqu'au 27 mars, a présenté des oscillations de température entre 38° et 39°5. Elle est sortie du service le 30 mars dans un état satisfaisant.

L'enfant, venu prématurément, est du sexe masculin aspect physique médiocre; Poids de 2 kilog. 0 25; longueur 0,48.

Les diamètres de la tête sont :

O M, 0, 13. : O F, 0, 11 : S O B, 0, 09 : S O F, 0, 10 :
BiP 0, 0 85 : BiT, 0, 07 : Les deux circonférences
O M, 0, 31 : et S O B, 0, 29.

M. le Prof. Perret le fait mettre dans la couveuse maintenue à une température de 35° à 37°. Jusqu'au 18 mars l'enfant semble profiter des soins dont on l'entoure ; Le 19 en procédant à sa toilette, on s'aperçoit que les mollets présentent des plaques dures et que la peau à leur niveau ne se déprime plus sous la pression du doigt ; le sclérème débute.

La température rectale est prise 36° 8. Le poids, 2 k. 015, à partir de ce moment, les lésions s'étendent et le 20 mars il est difficile de plier les genoux ; les avant-bras sont également atteints. Le 21, l'induration a continué son envahissement et les commissures labiales présentent une certaine raideur ; il est à craindre que l'enfant ne puisse plus prendre le sein maternel qui jusqu'ici a suffi à son développement. La température est à 36° 3 et le poids 1k. 950.

Le 22, ne constatant pas de changement, on enveloppe l'enfant de ouate et on a recours à l'allaitement artificiel à l'aide du lait stérilisé ; chaque prise est suivie d'une cuillerée d'eau de chaux. Pas de diarrhée. Malgré tout, l'état s'aggrave et le 23 la déglutition est devenue presque impossible, on utilise la sonde en caoutchouc rouge et l'entonnoir du Docteur Bailly, le gavage se fait par la voie nasale et toutes les deux heures il est introduit dans l'estomac 25 à 30 grammes de lait stérilisé. L'enfant gémit presque

toujours et sa respiration est très embarrassée. La température est à 34° 8; le poids à 1k. 815; M. le Professeur Perret attire notre attention sur la qualité des urines du malade; qui sont très épaissies, de couleur rouge foncé. A leur passage au niveau du méat et sur le prépuce, elles laissent déposer un sédiment jaunâtre très pulvérulent dont on dénote la nature uratique par l'examen microscopique.

Le 24, l'état ne s'est pas modifié; les cris plaintifs continuent; la température est à 34° 5, le poids 1.745. — Le 25, on obtient 33° 7; un poids de 1.625; la diarrhée fait son apparition. Le 27, le malade est emporté à 6 heures du soir, il pesait 1.572.

L'autopsie faite nous montre une peau dure, sèche sur laquelle le doigt ne produit aucune dépression, la section au bistouri est très sèche. Les reins sont congestionnés avec infarctus uratiques nombreux; un dépôt d'urates dans les calices et le bassinet. Les autres viscères ne présentent rien d'intéressant.

Dans cette observation, nous voyons la suprématie du scléreme; l'intestin n'est intervenu que le dernier jour. La couveuse, le gavage n'ont donné aucun résultat; peut-être l'organisme de l'enfant était-il sous l'influence d'un état spécial, dû à la fièvre typhoïde de la mère au moment de l'accouchement, et qui diminuait ainsi les chances de survie.

OBSERVATION II (Inédite).

La nommée Cro..., 30 ans, domestique à Paris, syphilitique, entre à la Maternité de Rennes, service de M. Le Prof. Perret, le 11 février 1897.

Elle accouche le 19, à 3 heures du matin, d'un enfant du sexe masculin, aspect chétif, pesant 1.750 et mesurant 0.42 centimètres.

La mensuration de la tête fœtale nous donne :

OM, 0, 125 : OF, 0, 10 : SOB, 0, 075 : 50 F, 0, 11 :
BiP 0, 07 : BiT, 0, 065 : SMB 0, 09 : Celle des cir-
conférences : OM, 0, 26 et SOB, 0, 27.

La mère désire allaiter son enfant. Ce dernier enveloppé de ouate est mis dans la couveuse à 38°, mais son alimentation est difficile, car il ne peut prendre aisément le sein maternel qui est mal conformé ; aussi force est à la mère d'utiliser la tétérèlle bi-aspiratrice de Budin. Le 23, le poids est descendu à 1 k. 620 ; de plus les selles prennent l'aspect diarrhéique et sont légèrement teintées de vert. On prescrit, l'eau de chaux, parcuillerées à café prises dix minutes après la tétée. Le 25, on arrive à 1.535 grammes, la diarrhée s'est accentuée et nettement verte ; l'emploi de l'acide lactique en solution à 20[0 est ordonné. Le 27, on observe au niveau des mollets et des avant-bras des places indurées et l'on conclut à un début de sclérème ; la diarrhée conti-

nue toujours et l'aspect de l'enfant devient peu rassurant, le poids est à 1.600 et la température, prise dans le rectum, 34° 8. La mère suffit seule à l'allaitement et s'y donne avec beaucoup de courage.

Le 1^{er} mars, on remarque une légère extension des lésions qui ont envahi les jambes et les genoux. Le poids est à 1 k. 580 ; l'acide lactique n'aboutit à aucun résultat. On décide l'usage de l'oxygène sous forme d'inhalations pratiquées suivant la technique de Melle Landais. Le 2, le poids est à 1,570 ; l'état est stationnaire, pas d'envahissement nouveau pas de régression. Le 3, le poids se relève à 1.730, la diarrhée cesse, on continue l'oxygène dont on a constaté les bons effets. Le 4, on arrive à 1,810, on espère maintenant sauver l'enfant, malgré la non disparition des plaques scléremateuses qui ont diminué un peu. L'état s'améliore et le 7 on cesse les inhalations, on ne trouve plus trace de sclérème. Le poids est sensiblement le même. Le 11 la diarrhée fait une nouvelle apparition et le poids descend à 1,510, on retourne vers l'oxygène et on renouvelle l'acide lactique à 2 0/0. Le 15, le poids s'est relevé à 1,590.

Au bout de la cinquième semaine, la balance marque 1 k, 770 ; la sixième 1,750. L'enfant a repris un aspect sur lequel on fonde les plus grandes espérances de vie.

Tout se passe bien et le 26 avril on le retire de la couveuse, il pèse exactement 2.330 grammes.

Le 2 mai on note, 2 508 et jusqu'au 30 nous suivons l'ascension progressive qui aboutit à cette date à 3.770 grammes.

Dans cette observation, nous voyons l'influence manifeste des inhalations d'oxygène ; nous n'oublierons pas de

signaler le courage de la mère qui a assuré pendant toute la maladie, l'alimentation de son enfant. Les troubles intestinaux n'ont pas entravé la marche vers la guérison.

OBSERVATION III (Inédite).

Service de M. le Professeur Perret (Maternité, Rennes).

La nommée Luc. 22 ans, domestique, syphilitique, entre dans le service le 26 janvier 1897 : elle est arrivée au septième mois de sa grossesse. Elle accouche le même jour d'une fille dont l'état physique laisse beaucoup à désirer : longueur 0,42. poids 1 k. 620.

L'enfant, enveloppé de ouate est mis à la couveuse et en raison de la mauvaise constitution des seins maternels il est prescrit du lait stérilisé.

Pendant quatre jours tout marche à souhait et on compte avoir un succès de plus à l'actif du service. Le 31 le poids est tombé à 1.500, la diarrhée apparaît ainsi que des plaques de sclérème sur les membres inférieurs. On soumet l'enfant aux inhalations d'oxygène d'après la méthode de Mlle Landais et on adjoint la prise à l'intérieur d'eau de chaux.

Le 4 février le poids se relève à 1.530, le sclérème n'a pas fait de progrès et la diarrhée verte est disparue. Le traitement est continué et les jours suivants on suit ; pour le poids, la progression suivante :

Le 6 , 1,540, le 9 , 1,570, le 14, 1,580, le 17, 1,620. Toute trace de sclérème disparaît et l'enfant n'est plus soumis

qu'à la couveuse et à l'allaitement artificiel. Le poids continue à monter et le 24 il atteignait 1,775.

La mère sort du service le 25, avec son enfant.

Qu'est-il devenu ?

Dans cette observation nous trouvons comme dans la précédente l'association de troubles intestinaux avec le sclérème, ce dernier n'a duré que 17 jours et à fui devant le traitement employé !

OBSERVATION IV

Thèse de Miras (observation 1), 1894.

Sam .., enfant du sexe féminin, née en ville, le 19 avril 1894, avant terme, à 6 mois, de parents très bien portants, apportée à l'hôpital le lendemain de sa naissance avec du sclérème généralisé.

Etat actuel, 27 avril.

La peau de l'enfant est rouge et un tout petit peu violacée, surtout aux membres inférieurs, elle a perdue ses plis normaux et sa souplesse, elle a une consistance dure, fibreuse et en essayant de la saisir entre les deux doigts, nous arrivons difficilement surtout aux membres inférieurs, à la plisser.

La sensibilité est un peu diminuée. En mettant la main sur les parties malades nous sentons qu'elles sont froides.

L'enfant est atteinte de sclérème à la figure, aussi elle ne peut pas ouvrir la bouche, ni téter, elle pousse de temps

ontemps des petits cris et sa voix est très faible et presque voilée.

Le poulx est petit, mais régulier, il bat 95 fois par minute, la respiration est faible et régulière avec un peu de gêne.

La température prise dans le rectum aussitôt après son arrivée est de 30° 4. Le poids est 2.250 grammes.

On a institué le traitement suivant :

On lui a donné un bain de sublimé à 37° et après son bain, on la mise dans la couveuse à une température de 30°. On l'a nourrie avec le lait d'une nourrice et au verre, parce que l'enfant ne peut pas téter. On lui donne 9 fois dans 24 heures, 20 grammes de lait chaque fois.

Mais malgré toutes ces précautions et ce traitement, l'état de l'enfant devient plus grave, elle n'avale plus et le 28 avril au matin elle était morte.

OBSERVATION V

Thèse Mlle Landais (1892).

SCLÉRÈME DES QUATRE MEMBRES. — COUVEUSE ET INHALATION D'OXYGÈNE. — DISPARITION EN DEUX JOURS.

Recueillie dans le service de M. le Prof. Tarnier.

L'enfant Laysiaz, né en ville le 27 mai est apporté dès sa naissance à la clinique, à cause de son état de sclérème généralisé aux quatre membres. Il pèse 1 650 grammes.

On le place immédiatement en couveuse chauffée à 34° et l'on fait passer dans la couveuse un courant faible d'oxygène.

On réussit le même jour à faire boire à l'enfant 10 grammes de lait présenté à la cuillerée.

Le lendemain le sclérème a déjà très diminué. Il persiste surtout aux mollets.

Le surlendemain il a entièrement disparu.

Le jour suivant l'enfant commence à têter 15 grammes de lait. Il diminue de poids, mais d'une façon peu rapide à raison de 35 grammes par jour depuis sa naissance.

Sixième jour. — Les tétées sont de 20 grammes et le jour suivant le poids est stationnaire.

Septième jour. — Il est remis à sa famille on ne l'a pas revu.

OBSERVATION VI

Thèse M. Landais, 1892 (XXVI).

L'OXYGÈNE A LA CRÈCHE DE L'HOPITAL NECKER. — (Service de M. le Prof. Peter.)

(Notice due à l'obligeance de M. Appert, interne du service).

L'enfant Denis Gabrielle, âgée de 10 jours, née avant terme (8 mois), entre à la crèche le 26 novembre, lit n° 8.

L'enfant est apporté avec du sclérème, une teinte subictérique, etc., selles verdâtres et très fréquentes. Température 36° 2.

(L'enfant avait été nourri au biberon).

Il est placé dans la couveuse et trois fois par jour, inhalation d'oxygène (on dépense un ballon en 2 jours, soit 20 litres.)

Deux ou trois jours après, la température monte à 37° 6
les selles redeviennent normales.

L'enfant est sorti en très bon état le 12 décembre.

OBSERVATION VII

Garrod. M. G. A. S. (Extrait de la *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, N° 9, 10 mai 1897. (*British méd. Journ.* 20 mai 1897).

Il s'agit d'un enfant mâle, né de parents bien portants et dans une situation aisée. Trois à quatre jours après sa naissance apparurent sur les fesses des plaques d'induration de coloration pourpre. Quand l'enfant fut examiné pour la première fois à sept semaines, il était de constitution parfaite. Sa température observée à plusieurs reprises différentes fut toujours normale.

Les plaques de sclérème étaient situées sur les fesses, les cuisses, les reins, la région deltoïde et par places en d'autres points du corps.

Au niveau de ces plaques, la peau présentait une teinte rosée, l'induration massive de la peau empêchant l'extension des jambes. La distribution des plaques de sclérème était symétrique. Les contours de ces plaques étaient arrondis et nets.

L'urine pâle, très claire, ne présentait pas d'albumine. L'induration disparut graduellement et la guérison complète fut obtenue en cinq mois.

Le traitement consiste en frictions avec un onguent mer-

curiel et plus tard dans l'administration d'huile de foie de morue.

R. Nogué, à la suite de cette note, fait remarquer que l'absence de symptômes généraux est due au retard apporté dans l'examen du malade, et que lorsque ce dernier fut pratiqué, la période aigüe de la maladie était dépassée. L'état vigoureux de l'enfant, l'absence de privations du fait de la situation de la famille furent autant de facteurs favorables pour la guérison.

BIBLIOGRAPHIE.

- UNDERWOOD. — Traité des maladies des enfants. Traduction par Eusèbe de Salles. — Paris et Montpellier, 1823.
- ARVITY. — Mémoire de concours, 1789.
- HULME. — Mémoire de concours, 1799.
- Rapport de Chapotin sur un mémoire de Trocon sur le sclérème. — In journal Corvisart, t. XXXIV, p. 276.
- ANDRY. — Mémoire sur l'endurcissement du tissu cellulaire du nouveau-né in mémoire de la Société royale de médecine, 1788.
- CHAMBON. — Traité des maladies des enfants, an. VII. T. 1^o, p. 292.
- TH. LEGER. — Mémoire sur l'endurcissement du tissu cellulaire chez les nouveau-nés. — Thèse de Paris, 1823. n^o 26.
- TH. LEGER. — Archives de Médecine, t. VII, janvier 1825.
- LEGROUX. — Considérations sur la nature du sclérème et de l'asphyxie. — In Gaz. des Hôpitaux, 1857, n^o 46.
- DENIS (de Commercy). — Endurcissement du tissu cellulaire chez les nouveau-nés. — Thèse de Paris, 1824, n^o 159.

- BLANCHE. — Essai sur l'endurcissement du tissu cellulaire chez les nouveau-nés. — Thèse Paris, 1834, n° 141.
- BILLARD. — Traité des maladies des enfants. — Paris, 1828.
- BOUCHUT. — Traité pratique des maladies des nouveau-nés.
- VALLIX. — Maladies des nouveau-nés.
- TROCON. — Thèse Paris, 1814.
- BARBEAUX. — Thèse de Paris, 1822.
- GENAY. — Thèse de Paris, 1822.
- PHELIPEAUX. — Thèse de Paris, 1857.
- LESAGE. — Th. Paris, 1889, n° 133. — Etude sur le choléra infantile.
- PARROT. — Clinique des nouveau-nés. — Athrepsie, 1877, Paris.
- MIRAS. — Th. Paris, 1894, n° 305. — Le sclérème des nouveau-nés.
- D'ESPINE et PICOT. — Manuel pratique des maladies de l'enfance.
- COMBY. — Traité des maladies des enfants.
- BAZINSKY. — Id.
- CLÉMENTOWSKY (de Moscou). — Le sclérème des nouveau-nés, 1877.
- TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN. — Traité d'Accouchements.
- DESCROIZILLES. — Manuel de pathologie et de clinique infantile 1891, p. 969.
- DEPAUL. — In Dictionnaire Dechambre.
- LETIELLE. — In Dictionnaire Jaccoud. art. nouveau-né.
- BALLANTYME. — Remarque sur le sclérème et l'œdème des nouveau-nés. British journ. méd., 1890.
- LANDAIS (Mlle). — Des inhalations d'oxygène dans l'hy-

giène et la thérapeutique des nouveau-nés. Thèse Paris, 1891-92, n° 274.

BONNAIRÉ. — Société obstétricale et gynécologique (inhalation d'oxygène). Paris, 14 mai 1891.

BERTHOLD. — Les enfants nés avant terme. — Couveuse et gavage à la maternité de Paris. — Thèse de Paris, 1886-87, n° 202.

M. G. A. S. GARROD. — Un cas de sclérème des nouveau-nés terminé par la guérison. Société clinique de Londres, 1897, 24 mars.

PARROT. — Union médicale, 1872, pp. 761 et 802. — Notice sur les infarctus uratiques dans les reins des nouveau-nés.

SEMET. — Contribution à l'étude de l'œdème des nouveau-nés. — Thèse Paris, 1893, n° 344.

LA TRIBOUILLE. — Œème chez le nouveau-né et dans la première enfance. — Th. Paris, 1894, n° 156.

GRISOLLE. — Pathologie interne.

PARROT et ROBIN. — Etude pratique sur l'urine des nouveau-nés.

KNOPFELMACHER. — Recherches sur la graisse du nourrisson et sur le sclérème. — In clinique médicale de Vienne, 11 mars 1897.

GRANCHER, COMBY, MARFAN. — Traité des maladies de l'enfance, 1897, t. III.

RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique, 1896, p. 1227.

